

Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina Dentária



**PACIENTES GERIÁTRICOS NA CLÍNICA DE MEDICINA E  
CIRURGIA ORAL DA FMDUL**

**Alexandra Isabel Serpa Martins de Freitas**

Orientadores:  
Professor Doutor João Manuel Mendes Caramês  
Dra. Ana Capela Loureiro

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2019

Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina Dentária



**PACIENTES GERIÁTRICOS NA CLÍNICA DE MEDICINA E  
CIRURGIA ORAL DA FMDUL**

**Alexandra Isabel Serpa Martins de Freitas**

Orientadores:  
Professor Doutor João Manuel Mendes Caramês  
Dra. Ana Capela Loureiro

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2019





## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero deixar um grande agradecimento ao meu orientador, Professor Doutor João Caramês pelo exemplo de profissionalismo e de sucesso que sempre me transmitiu, a mim e a todos os meus colegas, e que sempre me serviu de inspiração ao longo deste percurso.

Um agradecimento muito especial e sentido à minha coorientadora, Dra. Ana Louraço. Por estar sempre disponível para todas as minhas dúvidas (que foram muitas), pela sua paciência, por toda a ajuda e todo o conhecimento que me transmitiu, muito obrigada!

À Dra. Isabel Bagão pela sua constante disponibilidade e enorme paciência na recolha de todos os processos deixo também o meu muito obrigada.

Agradecer aos meus pais e a toda a minha família que sempre me apoiou ao longo deste percurso, festejaram comigo nos momentos felizes e nunca me deixaram ir abaixo nem desistir nos momentos mais difíceis.

Um agradecimento especial aos meus irmãos que mesmo sem saberem me ajudaram, com a sua boa disposição, com tudo o que trazem diariamente à minha vida, incluindo as dores de cabeça, fizeram-me querer ser sempre mais e melhor.

Um obrigado muito especial à Margarida, a minha dupla, a minha amiga e com quem estudei, ri e viajei durante estes 5 anos.

À Matilde por ser a pessoa incrível que é e que nunca me deixou desistir, por sempre me fazeres rir nos momentos mais difíceis, muito obrigada.

À Filipa e à Rita pelo exemplo de determinação e de consciência quando a minha, por vezes, falha.

À Vanessa que sendo mãe fez estes 5 anos com uma força inabalável, tenho uma grande admiração por ti.

A todos os meus colegas, a todos os docentes e a todas as assistentes, pela paciência e por tudo o que me ensinaram, obrigada.

Agradeço também aos amigos que tenho no meu querido Pico, por acreditarem em mim e me receberem de braços abertos sempre que volto a casa.

Um obrigada de coração ao Bernardo por me fazer rir até doer a barriga a cada chegada a casa.

Por fim, um enorme agradecimento ao João Soares. Não poderia ter escolhido melhor pessoa para ter ao meu lado, pela paciência, pela ajuda, por nunca me deixares desistir e saberes sempre as palavras certas para me acalmar e deixar feliz, o meu muito obrigada!

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

Burning Mouth Syndrome – BMS

Carcinoma pavimento-celular – CPC

Clínica de Cirurgia e Medicina Oral – CCMO

Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa- FMDUL

Líquen Plano Oral – LPO

Organização Mundial de Saúde - OMS

Osteonecrose maxilar associada a medicamentos - ONMAM

*Vírus do Herpes Simplex* – VHS

## RESUMO

**Introdução:** Com os avanços da medicina e dos cuidados de saúde pública das últimas décadas a população idosa tem vindo a aumentar substancialmente. Este grupo etário pelas suas alterações fisiológicas, co-morbilidade, polimedicação, uso de próteses e diminuição da quantidade e qualidade da higiene oral está mais suscetível a doenças orais. O médico dentista tem, assim, um papel fundamental no diagnóstico e tratamento destes pacientes.

**Objetivos:** Caraterizar a população geriátrica com algum tipo de patologia oral presente e que se dirigiu à consulta de CCMO I e CCMO II da FMDUL de 2012 a 2019, bem como os procedimentos e tratamentos efetuados.

**Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo epidemiológico observacional e descritivo com uma componente analítica de uma série de casos de pacientes geriátricos que frequentaram a consulta de CCMO I e CCMO II da FMDUL entre 2012 e 2019. Foram incluídos 181 pacientes e registados os dados referentes aos mesmos. A análise estatística foi realizada com recurso ao software SPSS versão 25 (IBM, Armonk, NY, USA)

**Resultados:** Os pacientes são maioritariamente do género feminino. A média de idades foi cerca de 73 anos e mais de 90% da população era polimedicação. Realizou-se biópsia em 33,5% da amostra. As patologias mais frequentes foram a hiperplasia fibrosa focal, o BMS, o LPO e a hiperqueratose friccional. Verificou-se diferença estatisticamente significativa apenas em relação ao BMS o qual se mostrou mais prevalente no género feminino.

**Discussão:** As lesões traumáticas foram as mais comuns, tal como referido na literatura em relação a esta população. O LPO foi a doença auto-imune mais prevalente.

**Conclusão:** O aumento da população geriátrica e a sua suscetibilidade a doenças orais são uma realidade. O Médico Dentista desempenha um papel fundamental no diagnóstico e tratamento na área da medicina e patologia orais



## **PALAVRAS-CHAVE**

Estudo epidemiológico

Doenças orais

Medicina oral

Patologia oral

Pacientes geriátricos

## ABSTRACT

**Introduction:** With the improvements in medicine and public oral health in the last decades the elderly population has been growing substantially. This specific age group because of its physiologic changes, morbidity, polimedication and use of prosthetics is more susceptible to oral diseases. That being said, dentists have a very important role in the diagnosis and treatment of these patients.

**Purpose:** To characterize a range of geriatric patients with oral pathologies as well as the procedures and treatments preformed.

**Study design:** An epidemiological observation study, with geriatric patients that attended to the appointment of Oral Surgery and Medicine Clinic, at Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa was conducted. There were 181 patients included and their data was recorded. The data analysis was performed using the software SPSS versão 25 (IBM, Armonk, NY, USA)

**Results:** The patients were mainly woman. The mean age was about 73 years old and more than 90% were polimedicated. In 33,5% of the sample biopsies were conducted, The most common oral pathologies observed were irritative hyperplasia, burning mouth syndrome, oral lichen planus and frictional keratosis. There was a relationship with statistical significance regarding BMS and gender with it being more common in women.

**Discussion:** The traumatic lesions were the most prevalent pathologies, as suggested in the literature. The oral lichen planus was the most common auto-immune disease.

**Conclusion:** The constant growth of the elderly population and its susceptibility to oral diseases are a reality. Dentists have an important role in the diagnosis and treatment when it comes to cases related to oral medicine and oral pathology.

## **KEYWORDS**

Epidemiologic study

Geriatric patients

Oral diseases

Oral medicine

Oral pathology

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>iii</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS.....</b>	<b>v</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>vi</b>
<b>PALAVRAS CHAVE.....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>viii</b>
<b>KEYWORDS.....</b>	<b>ix</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS.....</b>	<b>xii</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS.....</b>	<b>xiii</b>
<b>I. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1. População geriátrica, como se define, qual a sua importância ao nível da saúde oral - breve revisão histórica. ....	1
2. Medicina e Patologia Oral na população geriátrica - contextualização geral.....	2
Doenças Auto-Imunes.....	3
Infecções .....	4
Lesões Traumáticas .....	4
Lesões Induzidas por Medicamentos.....	5
Lesões Neurológicas.....	5
Lesões Potencialmente malignas.....	6
Neoplasias.....	6
<b>II. OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
<b>III. MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>8</b>
1. Revisão da literatura.....	8
2. Tipo de estudo.....	8
3. Local da investigação.....	8
4. Número de casos inicial.....	8
5. Seleção de casos.....	9
6. Recolha de dados.....	9
7. Análise de dados.....	9
8. Questões éticas e deontológicas.....	10

<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>11</b>
1. Análise do Diagnóstico Clínico.....	12
2. Análise do Tipo de Biópsia Relativamente ao Diagnóstico Clínico Inicial...	14
3. Análise do Diagnóstico Final .....	18
4. Análise do Tratamento Relativamente ao Diagnóstico Final.....	24
<b>V. DISCUSSÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>VI. CONCLUSÃO.....</b>	<b>36</b>
<b>VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>37</b>
<b>VIII. ANEXOS.....</b>	<b>42</b>
Anexo 1 –.....	42

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos casos selecionados.....	11
Tabela 2 – Distribuição da idade dos pacientes.....	12
Tabela 3 – Distribuição por categoria de diagnóstico clínico .....	12
Tabela 4 – Distribuição da realização de biópsia relativamente ao diagnóstico clínico.....	14
Tabela 5 – Distribuição do tipo de biópsia realizada.....	16
Tabela 6 – Diagnóstico histológico das patologias diagnosticadas incorretamente.....	18
Tabela 7 – Distribuição por categoria de diagnóstico final.....	19
Tabela 8 – Distribuição por diagnóstico final e por género.....	20
Tabela 9 – Distribuição por diagnóstico final e terapêutica.....	24

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-1.1 - Distribuição do diagnóstico clínico por tipo de biópsia realizada.....	17
Gráfico 2-2.2 - Distribuição do diagnóstico final por género .....	22





## I. INTRODUÇÃO

### 1. População geriátrica, como se define, qual a sua importância ao nível da saúde oral – breve revisão histórica

A *Organização Mundial da Saúde* (OMS) em 1984 definiu como população idosa ou geriátrica todos os indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos, para os países desenvolvidos e 60 anos para os países em desenvolvimento.(1)

Com os avanços da medicina e dos cuidados de saúde pública das últimas décadas a população idosa tem vindo a aumentar substancialmente. De acordo com a OMS a população global aumenta a um rácio anual de 1,7% enquanto que a população acima dos 65 anos de idade aumenta a um rácio de 2,5%.(2)(3) Assim sendo, espera-se que a população geriátrica cresça de 524 milhões registados em 2010 para 1.5 biliões até 2050.(4)

A situação demográfica da Europa não é exceção no que toca ao envelhecimento, na verdade, os países europeus têm se caracterizado por uma baixa taxa de natalidade acompanhada por um aumento da esperança média de vida. Julga-se que no período entre 2005-2050 a idade média da população europeia aumente 10 anos, de 38 para 48. Falando especificamente do grupo etário superior a 65 este representava 75 milhões da população dos países europeus em 2005 e espera-se que cresça para 133 milhões, um aumento de 68%. (5)

Devido à grande diferença entre as condições médicas, físicas e mentais entre sujeitos com a mesma idade, alguns autores defendem uma classificação de acordo com o grau de função psicossocial em: independente, debilitado ou funcionalmente dependente. Estudos feitos nos Estados Unidos da América (EUA) e Finlândia indicam que apenas uma pequena percentagem dos idosos (5-10%) são funcionalmente dependentes sendo que o aumento da idade está diretamente relacionado com um nível acrescido de dependência. (6)(7) Dados obtidos em 2001 em Portugal revelaram a existência de 8,3% de idosos funcionalmente dependentes.(8)

O envelhecimento é um processo fisiológico natural que ocorre com o passar do tempo e que aumenta a predisposição dos indivíduos a doenças sistémicas que, para além de influenciarem a capacidade de manterem e promoverem a sua higiene oral, podem também estar diretamente relacionadas com a ocorrência de certas doenças orais.

Estima-se que entre 55% e 98% da população geriátrica sofra de comorbilidade, ou seja, estar sujeito a mais do que uma doença em simultâneo o que, por consequência, leva a que sejam polimedicados.(9)(10)(11)

Planear um tratamento para um paciente geriátrico é, portanto, um processo complexo que inclui a necessidade de compreensão das doenças crônicas com as quais o paciente vive assim como da sua medicação.(12)

## **2. Medicina oral na população geriátrica – contextualização geral**

Para além das alterações sistêmicas, também a cavidade oral é alvo de mudanças provocadas pelo envelhecimento. A língua tende a perder as suas papilas filiformes tornando-se mais macia e sendo mais suscetível a infeções, a mucosa oral torna-se mais fina, com menos elasticidade e com maior dificuldade de regeneração tecidual. (13)(14)

O tecido das glândulas salivares também sofre mudanças devido ao envelhecimento. No entanto, acredita-se que estas mudanças não levem diretamente a uma diminuição da produção salivar. A xerostomia e a hipossalialia são queixas comuns na população idosa mas, na maioria das vezes, estão relacionadas com a polimedicação a que este grupo etário geralmente está sujeito, sendo que existe uma vasta gama de medicamentos que se sabe afetarem diretamente a secreção salivar como é o caso dos anti-colinérgicos, anti-depressivos, anti-histamínicos e diuréticos.(15)(16)(17)

Apesar das alterações morfológicas provocadas pelo envelhecimento, acredita-se que a grande maioria dos problemas de saúde oral se deva a uma diminuição qualidade da higiene oral e dos cuidados médico-dentários consequente de condições como o declínio cognitivo ou funcional.(18)(5)

O estudo da medicina oral tem como objetivo descobrir a etiologia, patogénese, epidemiologia, diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças orais ou das doenças sistêmicas com manifestações orais.(19)

As lesões da mucosa oral são estudadas no âmbito da medicina oral e representam uma preocupação para os médicos dentistas uma vez que podem acarretar consequências severas para o paciente.

Como já foi referido, vários estudos demonstram que esta problemática surge com maior prevalência na população geriátrica e isto pode dever-se a diversos fatores como é o caso da comorbilidade, polimedicação, trauma por uso de próteses e diminuição da quantidade e qualidade da higiene oral.(20) Tudo isto associado às alterações da mucosa decorrentes do envelhecimento, descritas anteriormente, e que a tornam mais suscetível.(13)

O consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas está também intimamente associado ao aparecimento de lesões orais, nomeadamente pré-malignas e malignas.(21)

Ao longo desta dissertação vamos considerar a classificação de patologia oral proposta em 2012 pelo *Scandinavian Fellowship for Oral Pathology and Oral Medicine: guidelines for oral pathology and oral medicine in the dental curriculum*.

Neste artigo as diferentes patologias orais foram classificadas de 3 formas: tendo em conta a frequência com que o médico dentista pode estar perante a patologia (0- nunca ou raramente, 1- pouco comum, 2 – algumas vezes e 3- frequentemente), quão significativa é a patologia para a morbilidade e qualidade de vida dos pacientes (0- sem significado clínico, 1- pode causar morbilidade ligeira a moderada, 2- causa morbilidade significativa e 3- potencialmente fatal) e, por fim, qual a sua especificidade na cavidade oral (0- não afeta a cavidade oral, 1- é pouco comum afetar a cavidade oral, 2- afeta frequentemente a cavidade oral e 3- afeta exclusivamente a cavidade oral).

### **Doenças Auto-Imunes**

No domínio das doenças auto-imunes incluem-se o líquen plano oral, a glossite migratória benigna, o pênfigo, o penfigóide e a úlcera oral recorrente. (19)

O líquen plano oral (LPO) pela sua elevada prevalência e nível de desconforto sentido nos pacientes será abordado com maior detalhe. Trata-se de uma doença crónica autoimune que tem carácter inflamatório e pode afetar as mucosas e a pele. (22)

É uma patologia que afeta maioritariamente o género feminino. (23)

A nível clínico o LPO pode apresentar-se de duas formas, lesões brancas e lesões vermelhas sendo assintomático ou sintomático, respetivamente. O mesmo paciente pode apresentar ambas as formas em simultâneo.(23)(24)

O diagnóstico deve ser feito através de exame anatomopatológico, apesar de clinicamente as lesões brancas terem uma aparência característica chamada de estrias de Wickham e estarem sempre presentes bilateralmente. (23)

A nível terapêutico nos casos de líquen plano sintomático a escolha de primeira linha são corticosteroides de aplicação tópica. (25)

## **Infeções**

As infeções de origem viral e fúngica são bastante comuns na cavidade oral.

No domínio das infeções de origem viral é de salientar o *vírus do herpes simplex* (VHS) o qual se subdivide em diversos tipos. O tipo 1 (VHS-1) é o mais comum e geralmente manifesta-se na cavidade oral sob a forma de pequenas úlceras superficiais. O diagnóstico é clínico e o tratamento é feito com antivirais sendo que, em casos mais graves, analgésicos podem ser associados. (19)(26)(27)

Quanto às infeções de origem fúngica, as candidíases orais são uma situação bastante recorrente. Geralmente são causadas pelos fungos *Candida spp* e *Candida albicans* que apesar de existirem na flora comensal se podem tornar patogénicos quando as condições do hospedeiro favorecem o seu crescimento. (28)

A candidíase pode apresentar-se de diversas formas: estomatite protética (associada ao uso de próteses removíveis), glossite rombóide mediana e candidíase hiperplásica que são do tipo crónico e ainda, candidíase pseudomembranosa e eritmatosa que são do tipo agudo. Para todos os tipos, o diagnóstico é clínico e o tratamento é feito com recurso a antifúngicos. (29)

## **Lesões Traumáticas**

As lesões orais mais comuns na população idosa são do tipo traumático e devem-se muitas vezes ao uso de próteses removíveis mal higienizadas ou desadaptadas. (30)(31)

Dentro deste domínio incluem-se patologias como a hiperqueratose friccional, a hiperplasia fibrosa focal, a úlcera traumática e o hemangioma capilar lobular. (19)

A hiperqueratose friccional é uma lesão branca que resulta da resposta tecidual a trauma mecânico crónico. O seu correto diagnóstico é especialmente importante na medida em que pode ser clinicamente semelhante a leucoplasia. No caso da queratose friccional o tratamento passa pela remoção do fator etiológico. (32)

A hiperplasia fibrosa focal denominada comumente por fibroma é uma lesão exofítica benigna que resulta de trauma local. É clinicamente mais frequente na região da mucosa jugal, lábio inferior e língua e caracteriza-se por ter uma cor mais clara que o tecido circundante. (33)(34) O seu tratamento é cirúrgico. (35)

As úlceras traumáticas podem ter como causa trauma mecânico, químico ou térmico. São uma resposta aguda dos tecidos para a qual o tratamento consiste na remoção do fator causal. (36)

Por fim, o hemangioma capilar lobular, também conhecido como granuloma piogénico, é um tumor benigno da pele e das mucosas de cor vermelha-arroxeadas e que resulta da resposta do

organismo à presença de um fator irritativo para os tecidos.(37) O tratamento consiste na excisão cirúrgica acompanhada pela remoção do fator causal. (35)

### **Lesões Induzidas por Medicamentos**

Como já foi referido anteriormente, a maioria dos idosos são polimedicados para controlo de diversas patologias. Os efeitos adversos dos medicamentos assim como o risco de interações indesejadas entre eles levam muitas vezes a reações orais. (38)

Dentro do domínio das lesões induzidas por medicamentos, é de salientar pela sua prevalência e/ou gravidade a xerostomia, a hipossalialia, as úlceras orais e a osteonecrose dos maxilares associada a medicamentos (ONMAM). (19)

O diagnóstico destas situações é geralmente clínico e feito com base na história médica dos pacientes. O tratamento depende de vários fatores e deve ser feito em concordância com o médico assistente. (38)(39)

### **Lesões neurológicas**

No que diz respeito a lesões de origem neurológica são de salientar pelo desconforto causado nos pacientes o Síndrome de Ardor Bucal (*Burning Mouth Syndrome – BMS*), a nevralgia do trigémio e a dor facial idiopática persistente.

O BMS é uma situação de dor crónica que geralmente afeta os 2/3 anteriores da língua e que é mais comum no género feminino numa proporção de 7:1. Existem 2 formas clínicas de BMS, a primária, para a qual as causas ainda não são bem conhecidas e a secundária, que se pode dever à toma de medicamentos, a défices vitamínicos ou à presença de outras patologias. O diagnóstico e o tratamento dependem do tipo de BMS. (40)

A nevralgia do trigémio é definida como uma dor tipo “choque” unilateral que ocorre inesperadamente e tem curta duração. A sua etiologia não é ainda clara embora por vezes se deva a compressão no nervo trigémio. O diagnóstico é clínico e feito com base na história médica fornecida pelo paciente. O tratamento é também farmacológico e normalmente recorre-se a bloqueadores dos canais de cálcio.(41)

Por fim, a dor facial idiopática persistente caracteriza-se por ser uma dor facial e/ou oral que pode ter várias intensidades e acontece diariamente durando cada episódio mais de duas horas e persistindo por mais de 3 meses, sem nenhum motivo neurológico que a justifique. É mais comum em pacientes do género feminino e o tratamento é farmacológico devendo o paciente ser encaminhado para o seu médico assistente.(42)

### **Lesões Potencialmente Malignas**

As Lesões potencialmente malignas (LPM) são aquelas que geralmente precedem casos de carcinoma. Neste grupo incluem-se as leucoplasias, eritroplasias, a queilite actínica entre outras.(43)(44)(45) A leucoplasia e a eritroplasia são as lesões orais potencialmente malignas mais comuns.(46) Podem surgir em qualquer idade, no entanto, são mais frequentes nos idosos sendo o pico de incidência por volta dos 60 anos. As localizações mais frequentes deste tipo de lesão são a mucosa oral e a zona das comissuras labiais.(47)

A correta identificação e diagnóstico deste tipo de lesões pode levar a uma redução significativa na incidência de cancro oral daí a importância de consciencializar tanto os profissionais de saúde como os pacientes relativamente aos seus sinais e sintomas.(48)

### **Neoplasias**

Existem neoplasias do tipo benigno e maligno. No domínio da cavidade oral é de salientar o hemangioma como neoplasia benigna e o carcinoma pavimento-celular (CPC) como neoplasia maligna.

O hemangioma é uma proliferação de células endoteliais que se pode manifestar sob a forma de mácula, pápula ou nódulo vermelho. (49) O tratamento deste tipo de lesões pode ser a excisão e efetua-se por motivos estéticos ou por hemorragia recorrente. (50)

O CPC é a neoplasia maligna mais comum da cavidade oral representando cerca de 90% dos casos de lesões malignas. A sua incidência e taxa de mortalidade aumentam significativamente após os 65 anos. Mais de metade destas lesões surgem na língua ou pavimento da boca e a sua descoberta precoce é fulcral para o sucesso do tratamento o que faz dos médicos dentistas e higienistas os principais responsáveis pela sua precoce deteção.(51)(52)(53)

## **II. OBJETIVOS**

O objetivo deste estudo é caracterizar as patologias orais na população geriátrica com que se dirigiu à consulta da CCMO I e CCMO II da FMDUL de setembro de 2012 a fevereiro de 2019, bem como os procedimentos e tratamentos efetuados.

### **III. MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **1. Revisão da Literatura**

As pesquisas bibliográficas foram realizadas através da base de dados PubMed/MEDLINE, com as respetivas palavras chave: “oral diseases”, “epidemiologic study”, “elderly”, “older population”, “oral pathology” e “oral mucosal pathologies”. Foram procurados estudos do tipo *RCT's*, *Meta-Analysis*, *Revisões Sistemáticas* e *Estudos Observacionais* em inglês, e português, nos últimos 10 anos. Após a análise do título e seguidamente do resumo dos artigos, foram incluídos 21 artigos que se adequavam aos objetivos deste estudo. Foram também analisados todos os títulos dos artigos que constavam nas referências bibliográficas, e incluídos alguns dos mesmos.

#### **2. Tipo de estudo**

A presente dissertação consiste num estudo epidemiológico observacional descritivo com uma componente analítica de uma série de casos desde setembro de 2012 a fevereiro de 2019 de pacientes geriátricos que frequentaram a Clínica de Cirurgia e Medicina Oral (CCMO) I e a CCMO II da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL).

#### **3. Local da Investigação**

Este estudo foi efetuado na FMDUL, uma das faculdades de Medicina Dentária públicas de Portugal que se localiza na Cidade Universitária de Lisboa.

#### **4. Número de casos inicial**

Foi feita uma pesquisa manual, através dos computadores da Clínica de Pré-Graduação, onde se acedeu às agendas eletrónicas da FMDUL. Numa primeira etapa foram recolhidos os processos de todos os pacientes com superior ou igual a 65 anos que tinham frequentado a consulta de CCMO I e II de todos os dias em que as mesmas se realizavam. Desta pesquisa resultaram 948 pacientes.



## **5. Seleção de Casos**

Foram solicitados e analisados os processos físicos correspondentes a todos os pacientes. Procedeu-se à exclusão de 38 casos em que não havia processo físico nem digital e de 71 casos em que o processo se encontrava demasiado incompleto. Posto isto, excluíram-se também 658 casos por não se enquadrarem no domínio da medicina oral, obtendo-se um total de 181 pacientes.

## **6. Recolha de dados**

Os dados de cada paciente presentes no seu processo físico e digital foram registados numa base de dados criada no Microsoft Office Excel 2016. Registaram-se as seguintes informações: idade, género, história médica relevante (presença ou não de outras patologias), toma de medicação, se eram ou não fumadores, diagnóstico clínico, se foi feita ou não biópsia, diagnóstico histológico (nos casos em que se justificava) e tipo tratamento efetuado (médico, cirúrgico ou controlo).

## **7. Análise de dados**

A análise estatística e representações gráficas foram realizadas com recurso ao software SPSS versão 25 (IBM, Armonk, NY, USA).

Foram calculadas e tabeladas as frequências absolutas e relativas de pacientes por categoria de género, existência de outras patologias, toma de medicação, ser ou não fumador, ter realizado ou não biópsia e tipo de biópsia realizada.

Foram analisadas as frequências absolutas e relativas de cada categoria de diagnóstico clínico, por género, por tipo de biópsia realizada e por tipo de tratamento subsequente, ordenadas por ordem decrescente de valores.

Foram analisadas as frequências absolutas e relativas referentes aos casos em que o diagnóstico clínico e final não eram coincidentes.

Foram realizados testes de homogeneidade Qui-Quadrado para testar desigualdades nas proporções de género a nível do diagnóstico final bem como para testar desigualdades nas proporções de realização de biópsia e do tipo de biópsia realizada, a nível do diagnóstico clínico inicial.

O nível de significância foi estabelecido a 0,05.

## **8. Questões éticas e deontológicas**

A execução da listagem dos pacientes assim como o acesso aos respectivos processos físicos e digitais foi executada mediante autorização concedida por email pelo Sr. Diretor Clínico da FMDUL, Professor Doutor João Aquino Marques.

A confidencialidade dos dados foi garantida e os mesmos em momento algum foram usados para qualquer outro fim que não o deste estudo.

#### IV. RESULTADOS

Os pacientes incluídos na amostra do presente estudo tinham idade igual ou superior a 65 anos e frequentaram a consulta de CCMO I e CCMO II especificamente no domínio da Medicina Oral entre setembro de 2012 e Fevereiro de 2019.

Seguindo estes critérios e após exclusão dos casos em que não havia processo, o mesmo estava incompleto ou situações do domínio apenas da cirurgia oral, a amostra estudada teve um total de 181 pacientes.

Como se pode verificar na *tabela 1*, 121 pacientes, 66,9%, eram do género feminino e 60 do género masculino, 33,1%.

Cerca de 92% dos pacientes referia sofrer de outra patologia para além daquela pela qual se encontrava na consulta e 93,4% tomavam medicação diária.

Apenas uma pequena percentagem, 5%, dos pacientes eram fumadores.

Mais de metade dos pacientes em estudo, 66,9%, não realizou qualquer biópsia e dentro do grupo que o fez, a maioria das biópsias foram do tipo excisional.

Analisando a *tabela 2* pode verificar-se que a média de idades da amostra foi cerca de 73 anos.

*Tabela 1: Distribuição dos pacientes por género, existência de outras patologias, toma de medicação, hábitos tabágicos, realização de biópsia e tipo de biópsia realizada (n=182).*

		n	%
Género	Feminino	121	66,9%
	Masculino	60	33,1%
Outras patologias	Não	14	7,7%
	Sim	167	92,3%
Medicação	Não	12	6,6%
	Sim	169	93,4%
Fumador	Não	172	95,0%
	Sim	9	5,0%
Realizou biópsia	Não	121	66,9%
	Sim	60	33,1%
Tipo de biópsia realizada (n=60, 33,1%)	Excisional	37	61,7%
	Incisional	23	38,3%

Tabela 2: Estatística descritiva referente à idade dos pacientes no presente estudo.

	Média amostral	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade, anos	72.68	5.95	65.00	91.00

## ANÁLISE DO DIAGNÓSTICO CLÍNICO

A distribuição dos pacientes segundo o seu diagnóstico clínico apresenta-se na *tabela 3* de onde se pode observar que a maior percentagem de diagnósticos foi de hiperplasia fibrosa focal, BMS, LPO e hiperqueratose friccional, que correspondem a 14,9%, 13,8%, 13,3% e 8,3% da amostra, respetivamente. É de salientar que a divisão foi feita por paciente e não por patologia, assim sendo, indivíduos com mais do que uma patologia estão em categorias distintas daí que situações, por exemplo, de LPO ou BMS apareçam em vários sítios da tabela consoante a sua associação ou não a outro diagnóstico.

Tabela 3: Distribuição dos pacientes por categoria de diagnóstico clínico e por ordem decrescente de frequência. Note-se que indivíduos diagnosticados com mais que uma patologia são considerados em categorias distintas dos pacientes com apenas uma patologia.

		n	%
Diagnóstico Clínico (n=181)	hiperplasia fibrosa focal	27	14,9%
	BMS	25	13,8%
	LPO	24	13,3%
	hiperqueratose friccional	15	8,3%
	úlceras traumáticas	8	4,4%
	hemangioma	8	4,4%
	estomatite protética	5	2,8%
	lesão traumática	4	2,2%
	sialolito	3	1,7%
	papiloma	3	1,7%
	ONMAM	3	1,7%
	mácula melanótica	3	1,7%
	LPO e candidíase	3	1,7%

língua fissurada	3	1,7%
leucoplasia	3	1,7%
carcinoma pavimento-celular	3	1,7%
nevralgia do trigemio	3	1,7%
xerostomia	2	1,1%
quisto residual	2	1,1%
quisto dentígero	2	1,1%
mucocelo	2	1,1%
LPO e BMS	2	1,1%
hipossialia	2	1,1%
herpes simplex	2	1,1%
dor neuropática	2	1,1%
nevralgia do trigemio, BMS e estomatite protética	1	0,6%
melanoma oral	1	0,6%
LPO e mácula melanótica	1	0,6%
LPO e hiperplasia fibrosa focal	1	0,6%
LPO e hemangioma	1	0,6%
lesão vascular	1	0,6%
lesão não especificada	1	0,6%
hipossialia e estomatite protética	1	0,6%
hiperplasia fibrosa focal e síndrome de hamatromas múltiplo	1	0,6%
hiperplasia fibrosa focal e mucocelo	1	0,6%
hiperplasia fibrosa focal e estomatite protética	1	0,6%
hemangioma e úlcera traumática	1	0,6%
hemangioma capilar lobular	1	0,6%
glossite migratória benigna	1	0,6%
eritroplasia	1	0,6%
eritroleucoplasia	1	0,6%
eritema multiforme	1	0,6%
epúlida granulomatosa	1	0,6%
condiloma	1	0,6%
BMS e xerostomia	1	0,6%
BMS e candidíase	1	0,6%
afta major	1	0,6%

## ANÁLISE DO TIPO DE BIÓPSIA RELATIVAMENTE AO DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Na *tabela 4* efetuou-se a distribuição dos pacientes demonstrados acima mas em relação ao fato de terem ou não sido submetidos a biópsia. Como se pode ver, apenas para os casos BMS e hiperqueratose friccional houve diferença estatisticamente significativa em relação a este parâmetro. A realização de biópsia não é necessária para as situações de BMS e é menos frequente em casos de hiperqueratose friccional. Ainda que sem significado a nível estatístico, pode comprovar-se que nos casos de hiperplasia fibrosa focal a maioria dos pacientes foi submetido a biópsia, 63%, já em relação ao LPO em apenas 50% dos casos se procedeu a biópsia.

Na *tabela 5* analisou-se, dentro dos 61 pacientes que fez biópsia qual o tipo de biópsia em relação ao diagnóstico clínico inicial. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para os casos de hiperplasia fibrosa focal e de LPO onde é mais comum a biópsia excisional e a incisinal, respetivamente.

*Tabela 4: Distribuição dos pacientes por categoria de diagnóstico clínico, consoante realização de biópsia e por ordem decrescente de frequência. Valores-p dizem respeito a teste de homogeneidade Qui-Quadrado relativamente à proporção de biópsia por patologia, apenas para os casos em que os valores esperado são superiores a 4, sendo que  $p_A$  contabiliza os casos com patologia isolada e  $p_B$  contabiliza também os casos concomitantes a outras patologias. Note-se que indivíduos diagnosticados com mais que uma patologia são considerados em categorias distintas dos pacientes com apenas uma patologia.*

		Realizou biópsia							
		Não		Sim		Total		$p_A$	$p_B$
Diagnóstico		n	%	n	%	n	%		
Clínico	hiperplasia fibrosa focal	10	37,0%	17	63,0%	27	100,0%	0,337	0,297
	BMS	25	100,0%	0	0,0%	25	100,0%	<0,001	<0,001
	LPO	12	50,0%	12	50,0%	24	100,0%	1,00	0,803
	hiperqueratose friccional	14	93,3%	1	6,7%	15	100,0%	0,008	-
	úlceras traumáticas	6	75,0%	2	25,0%	8	100,0%	-	-
	hemangioma	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%	-	-
	estomatite protética	5	100,0%	0	0,0%	5	100,0%	-	-
	lesão traumática	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%	-	-
	sialolito	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	-	-
	papiloma	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	-	-
	ONMAM	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	-	-
	mácula melanótica	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	-	-
	LPO e candidíase	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	-	-
	língua fissurada	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	-	-
	leucoplasia	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	-	-

carcinoma pavimento-celular	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	-	-
nevralgia do trigemio	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%		
xerostomia	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	-	-
quisto residual	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	-	-
quisto dentígero	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	-	-
mucocelo	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	-	-
hipossialia	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	-	-
herpes simplex	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	-	-
dor facial idiopática persistente	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	-	-
LPO e BMS	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	-	-
nevralgia do trigemio, BMS e estomatite protética	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
melanoma oral	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
LPO e mácula melanótica	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
LPO e hiperplasia fibrosa focal	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
LPO e hemangioma	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
lesão vascular	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
lesão não especificada	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
hipossialia e estomatite protética	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
hiperplasia fibrosa focal e síndrome de hamatromas múltiplo	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
hiperplasia fibrosa focal e mucocelo	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
hiperplasia fibrosa focal e estomatite protética	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
hemangioma e úlcera traumática	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
hemangioma capilar lobular	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
glossite migratória benigna	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
eritroplasia	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
eritroleucoplasia	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
eritema multiforme	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
epúlido granulomatosa	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
condiloma	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
BMS e xerostomia	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
BMS e candidíase	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
afta major	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
Total	121	66,5%	61	33,5%	182	100,0%	-	-

Tabela 5: Distribuição dos pacientes por categoria de diagnóstico clínico, consoante tipo de biópsia realizada e por ordem decrescente de frequência. Valores-p dizem respeito a teste de homogeneidade Qui-Quadrado relativamente à proporção de tipo de biópsia por patologia, apenas para os casos em que os valores esperado são superiores a 4, sendo que  $p_A$  contabiliza os casos com patologia isolada e  $p_B$  contabiliza também os casos concomitantes a outras patologias. Note-se que indivíduos diagnosticados com mais que uma patologia são considerados em categorias distintas dos pacientes com apenas uma patologia.

		Tipo de biópsia realizada							
		Excisional (n=37; 61,7%)		Incisional (n=23; 38,3%)		Total (n=60)			
		n	% linha	n	% linha	n	% total	pA	pB
Diagnóstico Clínico	hiperplasia fibrosa focal	17	100,0%	0	0,0%	17	100,0%	<0,001	<0,001
	LPO	1	8,3%	11	91,7%	12	100,0%	0,025	0,008
	hiperqueratose friccional	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
	úlceras traumática	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	-	-
	hemangioma	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
	sialólito	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
	papiloma	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	-	-
	mácula melanótica	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	-	-
	LPO e candidíase	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
	leucoplasia	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	-	-
	carcinoma pavimento-celular	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	-	-
	quisto residual	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	-	-
	quisto dentígero	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
	mucocelo	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
	LPO e BMS	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
	melanoma oral	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
	LPO e mácula melanótica	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
	hiperplasia fibrosa focal e síndrome de hamatromas múltiplo	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
	hiperplasia fibrosa focal e mucocelo	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
	hiperplasia fibrosa focal e estomatite protética	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
	hemangioma capilar lobular	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
	eritroplasia	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
	eritroleucoplasia	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
	epúlides granulomatosa	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
	condiloma	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-



No gráfico da *figura 1* pode observar-se a distribuição do tipo de biópsia em relação ao diagnóstico clínico sendo que a vermelho estão as biópsias do tipo incisional e a azul as do tipo excisional. Podemos ver que para casos de hiperplasia fibrosa focal as biópsias foram sempre do tipo excisional enquanto que para casos de LPO as biópsias foram maioritariamente do tipo incisional, como já tinha sido descrito na *tabela 5*.

Gráfico 1: Representação gráfica da distribuição do diagnóstico clínico por tipo de biópsia realizada (continua no gráfico 1.1)

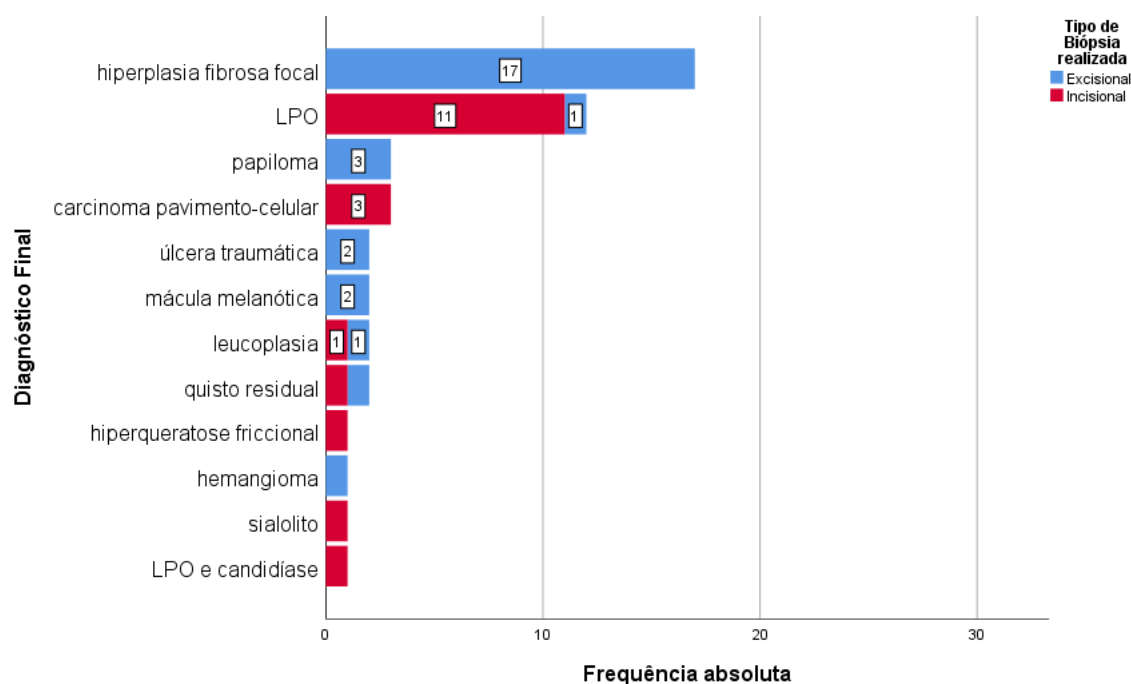
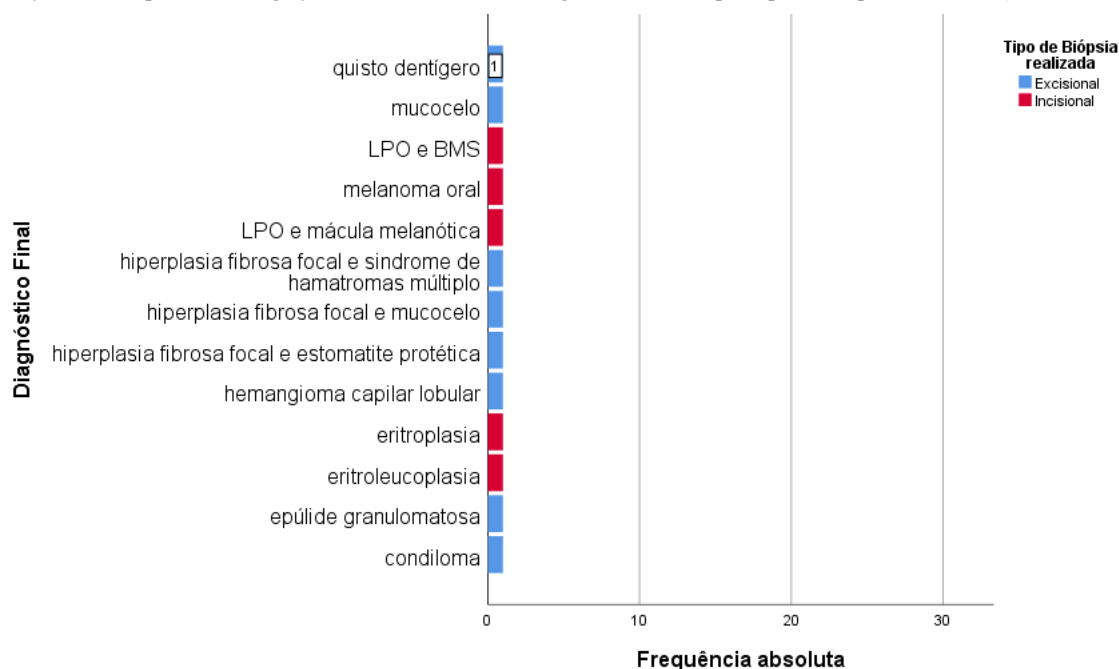


Gráfico 1.1: Representação gráfica da distribuição do diagnóstico clínico por tipo de biópsia realizada (continuação)



Após a comparação entre o diagnóstico clínico e histológico observou-se que em 8 casos os mesmos não coincidiam como se pode observar na *tabela 6*. As patologias diagnosticadas clinicamente e que geraram discrepância foram a hiperplasia fibrosa focal, em 3 casos e 5 casos de condiloma, leucoplasia, LPO, papiloma e úlcera traumática, respetivamente.

*Tabela 6: Descrição do diagnóstico histológico atribuído às patologias incorretamente diagnosticadas em consulta.*

Diagnóstico clínico incorreto	Diagnóstico histológico obtido	n
hiperplasia fibrosa focal	hemangioma capilar lobular	1
	lipoma	1
	quisto queratinocítico	1
condiloma	papiloma	1
leucoplasia	hiperqueratose friccional	1
LPO	hiperqueratose friccional	1
papiloma	hiperplasia fibrosa focal	1
úlceras traumáticas	hiperplasia fibrosa focal	1

## ANÁLISE DO DIAGNÓSTICO FINAL

Após a correção das discrepâncias de diagnóstico demonstradas acima procedeu-se à descrição do diagnóstico final.

Na *tabela 7* encontram-se descritas as frequências absolutas de cada patologia ordenadas por ordem decrescente de frequência. Tal como descrito anteriormente a divisão é feita por paciente e não por patologia, assim sendo, pacientes que têm mais do que um diagnóstico em simultâneo estão separados daqueles que têm apenas uma patologia.

Na *tabela 8* a mesma divisão foi feita mas tendo também em consideração o género do paciente. Daqui podemos retirar que a única patologia para a qual existe diferença estatisticamente significativa em relação ao género é o BMS que se verifica ser mais comum no género feminino.

Tabela 7: Distribuição dos pacientes por categoria de diagnóstico final, por ordem decrescente de frequência. Note-se que indivíduos diagnosticados com mais que uma patologia são considerados em categorias distintas dos pacientes com apenas uma patologia.

		n	%
Diagnóstico Final	hiperplasia fibrosa focal	26	14,4%
	BMS	25	13,8%
	LPO	23	12,7%
	hiperqueratose friccional	17	9,4%
	hemangioma	8	4,4%
	úlceras traumáticas	7	3,9%
	estomatite protética	5	2,8%
	lesão traumática	4	2,2%
	sialolito	3	1,7%
	papiloma	3	1,7%
	ONMAM	3	1,7%
	mácula melanótica	3	1,7%
	LPO e candidíase	3	1,7%
	língua fissurada	3	1,7%
	carcinoma pavimento-celular	3	1,7%
	nevralgia do trigêmio	3	1,7%
	xerostomia	2	1,1%
	quisto residual	2	1,1%
	quisto dentígero	2	1,1%
	mucocelo	2	1,1%
	LPO e BMS	2	1,1%
	leucoplasia	2	1,1%
	hipossialia	2	1,1%
	hemangioma capilar lobular	2	1,1%
	herpes simplex	2	1,1%
	dor facial idiopática persistente	2	1,1%
	quisto queratinocítico	1	0,6%
	nevralgia do trigêmio, BMS e estomatite protética	1	0,6%
	melanoma oral	1	0,6%
	LPO e mácula melanótica	1	0,6%
	LPO e hiperplasia fibrosa focal	1	0,6%
	LPO e hemangioma	1	0,6%
	lipoma	1	0,6%
	lesão vascular	1	0,6%
	lesão não especificada	1	0,6%

hipossialia e estomatite protética	1	0,6%
hiperplasia fibrosa focal e síndrome de hamatromas múltiplo	1	0,6%
hiperplasia fibrosa focal e mucocelo	1	0,6%
hiperplasia fibrosa focal e estomatite protética	1	0,6%
hemangioma e úlcera traumática	1	0,6%
hemangioma capilar lobular	1	0,6%
glossite migratória benigna	1	0,6%
eritroplasia	1	0,6%
eritroleucoplasia	1	0,6%
eritema multiforme	1	0,6%
epúlide granulomatosa	1	0,6%
BMS e xerostomia	1	0,6%
BMS e candidíase	1	0,6%
afta major	1	0,6%

Tabela 8: Distribuição dos pacientes por categoria de diagnóstico final, por gênero e por ordem decrescente de frequência. Valores-p dizem respeito a teste de homogeneidade Qui-Quadrado relativamente às proporções de gêneros por patologia, apenas para os casos em que os valores esperado são superiores a 4, sendo que  $p_A$  contabiliza os casos com patologia isolada e  $p_B$  contabiliza também os casos concomitantes a outras patologias. Note-se que indivíduos diagnosticados com mais que uma patologia são considerados em categorias distintas dos pacientes com apenas uma patologia.

		Feminino		Masculino		Total			
		(n=121; 66,9%)		(n=60; 33,1%)		(n=181)			
		n	%	n	%	n	%	p <sub>A</sub>	p <sub>B</sub>
Diagnóstico	hiperplasia fibrosa focal	17	65,4%	9	34,6%	26	100,0%	0,262	0,232
Final	BMS	22	88,0%	3	12,0%	25	100,0%	<b>0,004</b>	<b>&lt;0,001</b>
	LPO	16	69,6%	7	30,4%	23	100,0%	0,176	0,050
	hiperqueratose friccional	9	52,9%	8	47,1%	17	100,0%	0,864	-
	hemangioma	2	25,0%	6	75,0%	8	100,0%	-	-
	úlceras traumática	4	57,1%	3	42,9%	7	100,0%	-	-
	estomatite protética	3	60,0%	2	40,0%	5	100,0%	-	-
	lesão traumática	2	50,0%	2	50,0%	4	100,0%	-	-
	sialólito	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	-	-
	papiloma	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	-	-
	ONMAM	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	-	-
	mácula melanótica	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	-	-
	LPO e candidíase	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	-	-
	língua fissurada	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	-	-
	carcinoma pavimento-celular	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	-	-

neuralgia do trigemio	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%		
xerostomia	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	-	-
quisto residual	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	-	-
quisto dentigero	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	-	-
mucocelo	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	-	-
LPO e BMS	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	-	-
leucoplasia	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	-	-
hipossialia	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	-	-
hemangioma capilar lobular	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	-	-
herpes simplex	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	-	-
dor facial idiopática persistente	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	-	-
quisto queratinocítico	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
neuralgia do trigemio, BMS e estomatite protética	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
melanoma oral	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
LPO e mácula melanótica	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
LPO e hiperplasia fibrosa focal	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
LPO e hemangioma	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
lipoma	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
lesão vascular	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
lesão não especificada	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
hipossialia e estomatite protética	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
hiperplasia fibrosa focal e síndrome de hamatromas múltiplo	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
hiperplasia fibrosa focal e mucocelo	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
hiperplasia fibrosa focal e estomatite protética	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
hemangioma e úlcera traumática	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
glossite migratória benigna	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
eritroplasia	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
eritroleucoplasia	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
eritema multiforme	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
epúlida granulomatosa	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
BMS e xerostomia	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	-	-
BMS e candidíase	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-
afta major	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	-	-

As figuras 2, 2.1 e 2.2 são a representação gráfica da distribuição do diagnóstico final por género de onde podemos inferir que a grande maioria das patologias é mais comum no género feminino à exceção do hemangioma, sialolito, carcinoma pavimento-celular, lipoma e síndrome de hamatromas múltiplos ainda que sem diferenças significativas a nível estatístico.

Gráfico 2: Representação gráfica da distribuição do diagnóstico final por género (continua no gráfico 1.1 e 1.2)

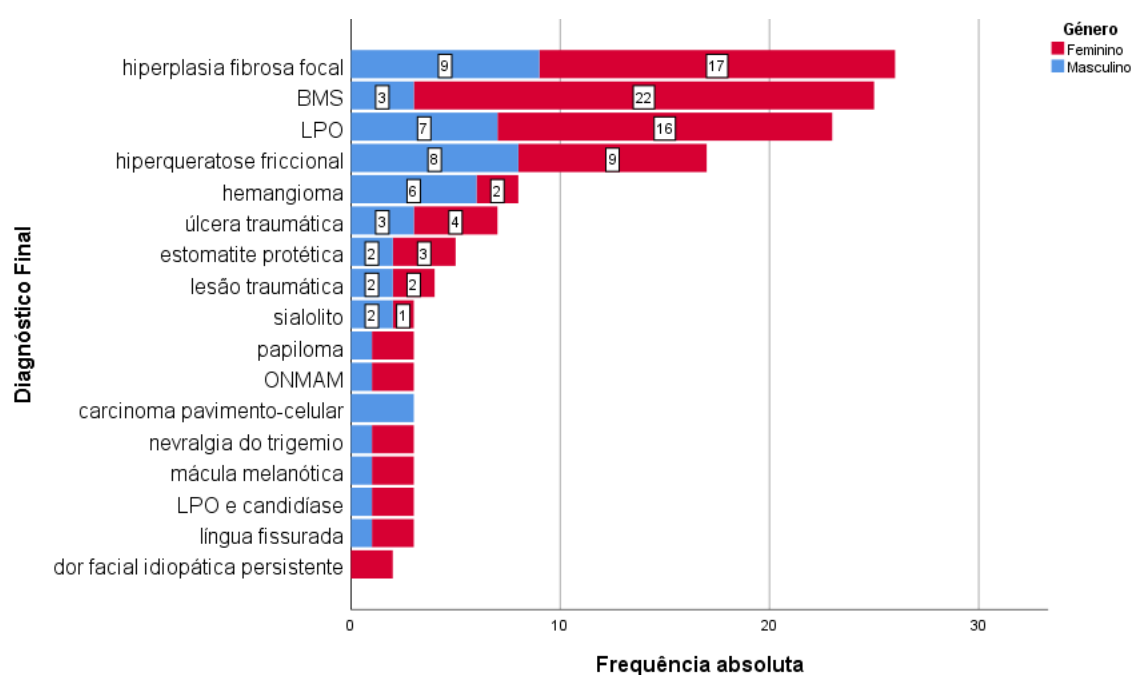


Gráfico 2.1: Representação gráfica da distribuição do diagnóstico final por gênero (continuação)

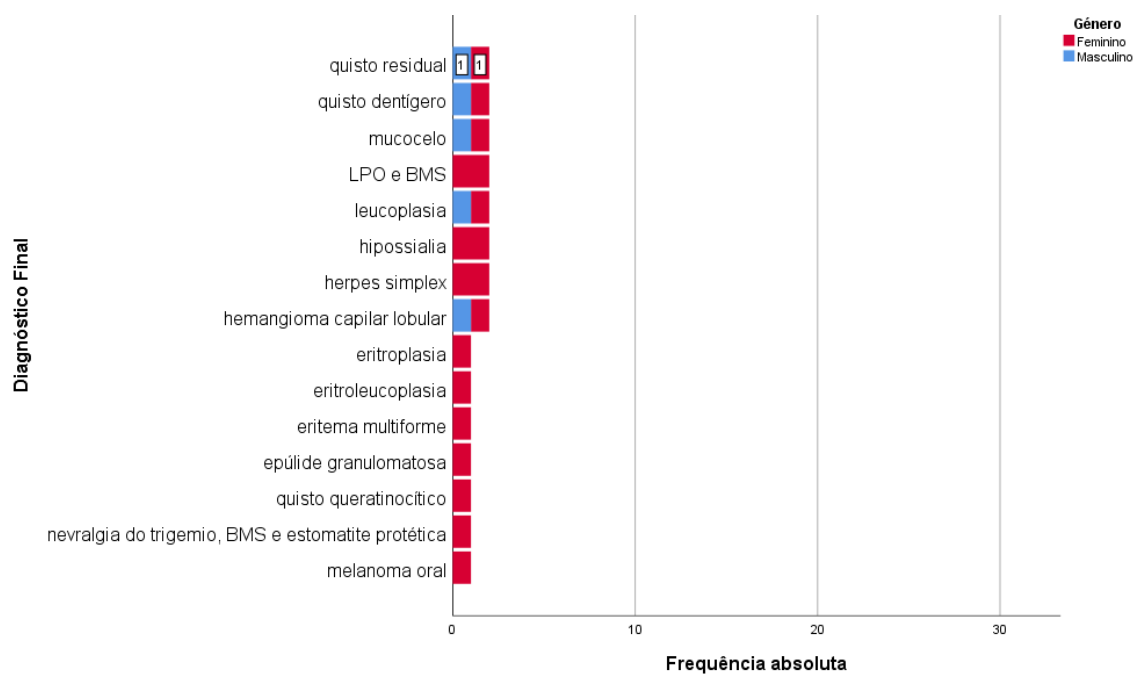
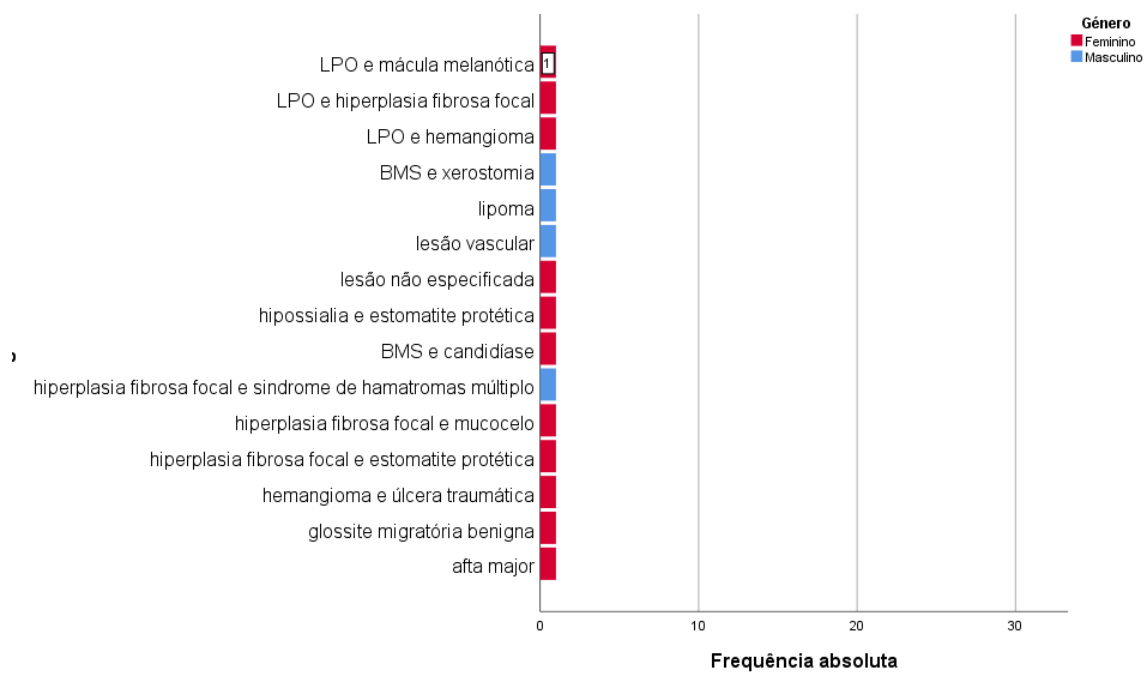


Gráfico 2.2: Representação gráfica da distribuição do diagnóstico final por gênero (continuação)



## ANÁLISE DO TRATAMENTO RELATIVAMENTE AO DIAGNÓSTICO FINAL

Por fim, estabeleceu-se a relação entre o diagnóstico final e o tratamento ao qual os pacientes foram submetidos. Esta relação está descrita na *tabela 11* da qual podemos aferir que para as 4 patologias mais prevalentes (hiperplasia fibrosa focal, BMS, LPO e hiperqueratose friccional) o tratamento mais comum foi cirúrgico para a hiperplasia fibrosa focal, 61,5%, médico para os casos de BMS e LPO, 100% e 60,9%, respetivamente e controlo para os casos de hiperqueratose friccional, 94,1%.

*Tabela 9: Distribuição dos pacientes por categoria de diagnóstico final, consoante tipo de terapêutica adotada e por ordem decrescente de frequência. Note-se que indivíduos diagnosticados com mais que uma patologia são considerados em categorias distintas dos pacientes com apenas uma patologia.*

Tratamento																
Diagnóstico final	Cirúrgico (n=31; 17,1%)		cirurgico +controlo (n=2; 1,1%)		Controlo (n=65; 35,9%)		Encaminhamento (n=9; 5,0%)		encaminhamento para IPO (n=4; 2,2%)		Medico (n=68; 37,6%)		Medico+ controlo (n=1; 0,6%)		Paciente não voltou (n=1; 0,6%)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
hiperplasia fibrosa focal	16	61,5%	0	0,0%	10	38,5,0%										
BMS											25	100,0%				
LPO					9	39,1%					14	60,9%				
hiperqueratose friccional					16	94,1%	1	5,9%								
hemangioma	1	12,5%			6	75,0%	1	12,5%								
úlceras traumática			1	14,3%	5	71,4%					1	14,3%				
estomatite protética					2	40,0%					3	60,0%				
lesão traumática					3	75,0%	1	25,0%								
sialolito					3	100,0%										
papiloma	1	33,3%			2	66,7%										
ONMAM					1	33,3%					2	66,7%				
mácula melanótica	1	33,3%			1	33,3%									1	33,3%
LPO e candidíase											3	100,0%				
língua fissurada					1	33,3%					2	66,7%				
carcinoma pavimento- celular									3	100,0%						
nevralgia do trigemio							1	33,3%			2	66,7%				
xerostomia					1	50,0%					1	50,0%				



quisto residual	2	100,0%																	
quisto dentígero	1	50,0%					1	50,0%											
mucocelo	1	50,0%			1	50,0%													
LPO e BMS													2	100,0%					
leucoplasia	1	50,0%					1	50,0%											
hipossialia													2	100,0%					
herpes simplex					1	50,0%							1	50,0%					
dor neuropática													2	100,0%					
quisto queratinocítico	1	100,0%																	
nevralgia do trigemio, BMS e estomatite protética													1	100,0%					
melanoma oral										1	100,0%								
LPO e mácula melanótica															1	100,0%			
LPO e hiperplasia fibrosa focal					1	100,0%													
LPO e hemangioma													1	100,0%					
lipoma	1	100,0%																	
lesão vascular							1	100,0%											
lesão não especificada							1	100,0%											
hipossialia e estomatite protética													1	100,0%					
hiperplasia fibrosa focal e síndrome de hamatromas múltiplo	1	100,0%																	
hiperplasia fibrosa focal e mucocelo	1	100,0%																	

hiperplasia fibrosa focal e estomatite protética	1	100,0%																	
hemangioma e úlceras traumática					1	100,0%													
hemangioma capilar lobular	1	50,0%	1	50,0%															
glossite migratória benigna												1	100,0%						
eritroplasia							1	100,0%											
eritroleucoplasia	1	100,0%																	
eritema multiforme												1	100,0%						
epúlides granulomatosa	1	100,0%																	
BMS e xerostomia												1	100,0%						
BMS e candidíase												1	100,0%						
afta major												1	100,0%						

## V. DISCUSSÃO

Esta dissertação reporta um estudo feito numa população portuguesa, na cidade de Lisboa, em que se usou como amostra pacientes que frequentaram a consulta de CCMO I e CCMO II da FMDUL no período compreendido entre setembro de 2012 e fevereiro de 2019 com idade igual ou superior a 65 anos. Foi obtido um total de 948 pacientes dos quais se excluíram os casos em que não havia processo físico nem digital, aqueles em que o mesmo se encontrava demasiado incompleto e também as situações em que o motivo da consulta tenha sido extrações dentárias ou remoção de tórus. Por fim, a amostra estudada foi de 181 pacientes.

Cerca de 8000 pacientes atenderam a consulta de CCMO I e II no período de tempo em estudo, dos quais aproximadamente 12% tinham idade igual ou superior a 65 anos. Analisando as estatísticas dos últimos censos nacionais realizados em 2011, a população idosa representava cerca de 19% da população total do país (fonte: INE, IP. Censos da População de 1960, 1970, 1981, 1991, 2001, 2011).

Dos 948 idosos que se apresentaram às consultas em questão, 19% apresentavam situações clínicas do âmbito da medicina e patologia oral.

A clínica pré-graduada da FMDUL é uma referência em situações de medicina oral sendo muitos pacientes encaminhados para a mesma, especificamente, por este motivo. Assim sendo, os resultados deste trabalho devem ser interpretados de forma cautelosa uma vez que a amostra estudada pode não ser representativa fidedigna da população geriátrica portuguesa em geral.

Analisando os resultados do presente estudo, a maioria dos pacientes são do género feminino 66,8% o que vai de encontro aos resultados obtidos em grande parte dos estudos de populações geriátricas.(16)(20)(54)(55)(56)(57)(43)

Uma grande percentagem dos pacientes (93,4%) toma medicação para outras patologias o que vai de encontro com a literatura. (11)

Continuando a seguir as classificações propostas em 2012 pelo *Scandinavian Fellowship for Oral Pathology and Oral Medicine: guidelines for oral pathology and oral medicine in the dental curriculum* far-se-á a divisão das patologias segundo a sua origem.

## **Doenças Auto-Imunes**

No domínio das doenças auto-imunes com manifestações orais surgiram 3 patologias distintas, o LPO, a Glossite Migratória Benigna e o Eritema multiforme.

O LPO foi a doença auto-imune mais prevalente estando presente de forma isolada em 23 casos e concomitantemente com outras patologias em 8 casos, um total de 31 pacientes, 17,03% da amostra. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao género no entanto, os resultados são de 74,2% para o género feminino e 25,8% para o género masculino, o que corresponde ao encontrado na literatura e que defende tratar-se de uma patologia mais comum no género feminino. O valor da prevalência é superior ao esperado com base noutros estudos o que se pode dever ao facto de muitas vezes os pacientes serem encaminhados para as consultas de CCMO I e CCMO II especificamente devido a lesões orais.(55)(56)(57)(21)

Em cerca de 48% dos casos, 15 pacientes, procedeu-se a biópsia para confirmação do diagnóstico clínico sendo que em 1 dos casos o resultado anatomo-patológico não confirmou LPO mas sim hiperqueratose friccional. Segundo a literatura, o exame anatomo-patológico é fundamental para a obtenção do diagnóstico final, no entanto, em alguns casos assintomáticos o doente tende a não querer realizar o exame optando por seguir consultas de controlo. (25)

O tratamento efetuado foi sempre do tipo médico e controlo, como seria de esperar.(25)

A Glossite Migratória Benigna surgiu em apenas 1 paciente, o mesmo aconteceu com o Eritema Multiforme e, em ambos os casos, tratavam-se de pacientes do género feminino nos quais não se procedeu a biópsia.

Seria de esperar que a Glossite Migratória Benigna surgisse com mais frequência como aconteceu em outros estudos.(19)(16)(43) No entanto, muitas vezes na clínica pré graduada quando surgem situações destas por serem benignas e, geralmente, assintomáticas, não requerendo tratamento, não se faz o registo no diário clínico o que pode explicar a baixa prevalência verificada ao longo deste estudo.

## Infeções

No domínio das infeções de origem viral surgiram 2 infeções causadas pelo VHS, representando 1,1% da população em estudo e 3 papilomas, ou seja 3 casos de manifestação do *Vírus do Papiloma Humano*, 1,6%.

Na maioria dos artigos analisados a prevalência de *Herpes Simplex* e de papilomas rondou os 1% e mostrou-se mais prevalente no género feminino. (54)(55)(56)(58)(43) No entanto, num estudo de *Rivera e col.* 2017 não é especificado o tipo de infeção mas sim o fato de ser de origem viral e num estudo de *Patil e col.* 2015 realizado numa população indiana a percentagem de papilomas e de herpes simplex é muito superior, 10% e 8%, respetivamente. Os resultados discrepantes deste estudo podem justificar-se pelo baixo nível sócio-económico do país que se reflete também nas condições de saúde oral.

O tratamento, como seria expectável, foi médico e controlo em todos os casos sendo que para um papiloma se refere tratamento cirúrgico por se tratar de uma situação em que o diagnóstico final (papiloma) foi diferente do clínico (condiloma). (27)

Quanto às infeções de origem fúngica surgiram 2 tipos de infeção, a estomatite protética mostrou ser a mais prevalente surgindo em 7 casos, cerca de 3,9%, à qual se segue a candidíase com uma prevalência de, aproximadamente, 2,2%. O tipo de candidíase não foi especificado nas histórias clínicas recolhidas.

Segundo *Jainkittivong e col.* num estudo sobre a prevalência de lesões orais em pacientes com mais de 60 anos cerca de 7,2% tinham estomatite protética, 3,% queilite angular, e 1,8% candidíase. Neste estudo houve uma relação entre a prevalência de lesões orais e o aumento da idade tendo se verificado uma prevalência de 91,3% no grupo de pacientes mais velhos (superior a 70 anos). Quando se compara os resultados obtidos com os do estudo acima mencionado, os valores relacionados com a estomatite protética são claramente inferiores e não se obteve nenhum caso de queilite angular. Uma provável causa para esta discrepância reside no facto de na clínica pré-graduada da FMDUL muitas vezes os casos de queilite angular não serem reportados em história clínica mas sim explicados ao paciente e o mesmo encaminhado para as consultas de reabilitação oral para reestabelecer a dimensão vertical. Por outro lado, as ocorrências de estomatite protética também são muitas vezes minimizadas fazendo-se apenas a explicação da condição ao paciente e o aconselhamento do descanso, higiene da prótese e medicação anti-fúngica.

## Lesões Traumáticas

No domínio das lesões traumáticas ao longo deste estudo surgiram 5 lesões distintas, a hiperplasia fibrosa focal, a hiperqueratose friccional, a úlcera traumática, o hemangioma capilar lobular e o mucocelo. Houve ainda a presença de 4 lesões traumáticas, 2 no género feminino e 2 no género masculino que não foram especificadas na história clínica e que representam 2,2% da população em estudo.

Quanto aos casos de hiperplasia fibrosa focal, surgiram 30 doentes, dos quais 26 sofriam apenas deste problema e em 4 casos era concomitante com outras patologias. Esta patologia representa 11% da amostra em estudo e surgiu com maior prevalência no género feminino, 66,7%, ainda que sem diferenças estatisticamente significantes, o que vai de encontro com o referido na literatura. (20)(56)(54)

Dos 30 casos presentes neste estudo, em 19 procedeu-se a biópsia, sempre do tipo excisional e em 11 casos optou-se por fazer apenas controlo da evolução da lesão.

Em cerca de 9,4% da amostra em estudo estavam presentes lesões de hiperqueratose friccional, dividindo-se em 53% do género feminino e 47% do género masculino. Este valor de prevalência está dentro do expectável embora ligeiramente superior ao observado por *Espinoza e col.* em 2003. A hiperqueratose friccional não tem indicação para biópsia mas sim para remoção do fator etiológico e controlo, daí que esteja presente uma diferença estatisticamente significativa ao nível da realização ou não de biópsia para esta patologia.(32) Pelo seu aspeto clínico pode, por vezes, ser confundida com leucoplasia, isto explica o facto de em 1 dos casos se ter realizado biópsia.

Em relação à presença de úlcera traumática, 8 pacientes, 4,4%, sofriam desta problemática sendo 57,1% do género feminino e 42,9% do género masculino. Este valor de prevalência vai de encontro ao estudo de *Espinoza e col.* de 2003 e de *Mujica e col.* de 2008. O tratamento passa pela remoção do fator causal e controlo o que aconteceu na maioria dos casos, no entanto, houve 2 casos em que se procedeu a biópsia.(36) Isto pode explicar-se pelo facto de que, por vezes, o seu aspeto clínico assemelha-se a outras patologias, tal como aconteceu em 1 dos casos onde o diagnóstico final foi não de úlcera traumática mas sim de hiperplasia fibrosa focal.

O mucocelo é também uma lesão que pode ter origem traumática, geralmente é provocado pelo rompimento do ducto das glândulas salivares *minor*.(59) Neste estudo surgiram 3 casos, 1,7%, 2 do género feminino e 1 do género masculino de doentes com mucocelo. Este valor de prevalência assemelha-se aos demais estudos.(57)(20) O tratamento mais comum em casos destes é o controlo uma vez que geralmente a lesão acaba por regredir, no entanto, em casos em que isso não aconteça procede-se à excisão da lesão. (59) No presente estudo, em 2 dos casos optou-se por biópsia excisional e em 1 dos casos apenas controlo.

Por fim, o hemangioma capilar lobular, também conhecido como granuloma piogénico esteve presente em apenas 2 pacientes, 1 do género feminino e 1 do género masculino representando 1,7% do total da amostra em estudo o que está em concordância com os resultados do estudo de *Espinoza e col.*. O tratamento foi, como recomenda a literatura, excisão. (35)

### **Lesões Induzidas por Medicamentos**

Dentro das lesões induzidas por medicamentos ao longo deste estudo surgiram 3 pacientes com xerostomia, 3 com hipossialia e 3 com ONMAM.

A xerostomia e a hipossialia estão intimamente relacionadas com a toma de alguns medicamentos, na verdade estima-se que cerca de 80% dos medicamentos mais vulgarmente prescritos tenham como contraindicação esta problemática.(60) Neste estudo a prevalência de xerostomia foi de aproximadamente 1,7%, o mesmo se verificou para a hipossialia. Nos estudos analisados estas patologias não foram muito reportadas, ainda assim, comparando com um estudo de *Reichart et col.* de 2000 a prevalência neste caso é ligeiramente superior. É de salientar que os valores obtidos podem não corresponder à realidade da população geriátrica uma vez que, tal como se verificou nos outros estudos, esta problemática é muitas vezes minimizada não sendo referida na análise de dados. (56)(20)(57)(58)(54)

A ONMAM teve uma prevalência de 1,7% neste estudo tendo ocorrido em 2 pacientes do género feminino e 1 paciente do género masculino. Em nenhum dos estudos encontrados esta temática foi abordada pelo que não é possível fazer a comparação da sua prevalência, seria interessante que estudos que abordam a temática da medicina e patologia oral no idoso incluíssem estes casos.(61)(61)(55)(43)(16)(54)(58)(62)(21)

## **Lesões neurológicas**

No domínio das lesões de origem neurológica ao longo deste estudo surgiram 3 tipos de lesão, o BMS, a nevralgia do trigémio e a dor facial idiopática persistente.

O BMS foi, dentro desta categoria, a lesão mais prevalente tendo ocorrido em 30 doentes, cerca de 16,6% da amostra. Mostrou ser significativamente mais prevalente no género feminino, 86,7%, o que vai de encontro com a literatura.(40) Mais de 10% dos adultos com idade superior a 65% sofre de anemia o que se reflete numa diminuição de vitamina B12 no organismo, sendo este défice considerado um dos motivos do BMS secundário, era expectável que ao estudar uma população idosa esta seja uma problemática frequente.(62)(9) Para além de que alguns medicamentos podem também estar envolvidos no aparecimento de BMS secundário 93,4% dos doentes desta amostra eram polimedicados. O tratamento destes pacientes foi farmacológico, como recomendado na literatura. (40)(9)

A nevralgia do trigémio teve uma prevalência de 2,2% tendo sido mais comum no género feminino (3:1). Esta é uma patologia rara e a sua prevalência neste estudo provavelmente justifica-se pela clínica pré-graduada da FMDUL ser uma referência no domínio da medicina e patologia oral. O facto de ter surgido mais no género feminino ainda que sem diferença estatisticamente significativa vai de encontro com a literatura. O tratamento efetuado foi sempre médico ou encaminhamento para o médico assistente.(62)(41)

A dor facial idiopática persistente surgiu em 2 pacientes do género feminino, 1,1% da amostra. Um estudo de *Koopman e col.* de 2009 refere uma prevalência de 11,3% com maior incidência no género feminino, no entanto, este estudo avaliava apenas vários tipos de dor facial e incluía uma população com média de idades de 45,4 daí que não se possa fazer uma correta comparação. O tratamento destes casos foi farmacológico tal como sugere a literatura.(42)(63)

## **Lesões potencialmente malignas**

Neste estudo surgiram 3 patologias consideradas como potencialmente malignas, a leucoplasia, a eritroplasia e a eritroleucoplasia.



A leucoplasia teve uma prevalência de 1,1% tendo surgido em 1 paciente do género feminino e 1 paciente do género masculino, a eritroplasia e a eritroleucoplasia tiveram ambas uma prevalência de 0,6% tendo surgido em 2 pacientes do género feminino, respetivamente. Estes valores vão de encontro com a literatura na medida em que se considera a leucoplasia como sendo a lesão potencialmente maligna mais frequente.(21)(58)(56)(57)(20) Ainda assim, estudos de *Patil et col.* e *Mujica et col.* obtiveram prevalências de leucoplasia significativamente superiores o que se pode justificar por serem estudos feitos na Índia e Venezuela, países de nível sócio-económico mais baixo e consequentemente pior acompanhamento na saúde oral.

Para as leucoplasias o tratamento efetuado foi, em um dos casos a excisão e no outro encaminhamento. Para a eritroplasia procedeu-se a encaminhamento e no caso da eritroleucoplasia optou-se pela excisão.

### **Neoplasias**

No domínio das neoplasias surgiram neste estudo 3 tipos. O hemangioma como neoplasia benigna e o carcinoma pavimento-celular e o melanoma como neoplasias malignas.

O hemangioma teve uma prevalência de 5,5% tendo surgido 40% em doentes do género feminino e 60% de doentes do género masculino. Este valor de prevalência vai de encontro ao obtido no estudo de *Reichart et col.* de 2000. O tratamento para o hemangioma é por norma o controlo da lesão e excisão apenas por motivos estéticos ou hemorragias frequentes o que também coincide com os resultados obtidos neste estudo onde apenas 1 hemangioma foi excisado.(50)

Quanto às neoplasias malignas, o carcinoma pavimento-celular teve uma prevalência de cerca de 1,7% tendo surgido apenas em indivíduos do género masculino. Já o melanoma oral surgiu apenas numa paciente do género feminino tendo uma prevalência de aproximadamente 0,6%. Estes valores confirmam o que é dito na literatura de que o CPC é a neoplasia maligna mais frequente na cavidade oral. Comparando os resultados obtidos com os estudos de *Patil e col.* e *Mujica e col.* para a prevalência de CPC os valores são muito semelhantes no, entanto, em nenhum dos estudos analisados surgiram casos de melanoma oral.(43)(16)(20)(57)(54)(56)

Nos casos de neoplasia benigna fez-se biópsia incisional para confirmação do diagnóstico e encaminhamento para o Instituto Português de Oncologia (IPO).

### **Outras Lesões**

Para além de todas as situações já descritas houve ainda algumas que surgiram no estudo mas que não se enquadravam em nenhuma das restantes características.

Dentro destas temos:

- o sialolito com uma prevalência de cerca de 1,6% o que corresponde aos valores obtidos por *Mujica e col*, em 2008;
- a língua fissurada que apresentou também uma prevalência de aproximadamente 1,6% o que, apesar de estar em conformidade com o estudo de *Patil e col.* de 2015, está muito aquém dos valores encontrados por *Jainkittivong e col.* em 2000. Isto pode justificar-se por se tratar de uma condição benigna que muitas vezes, apesar de presente, não é registada nas histórias clínicas;
- a mácula melanótica que estava presente em cerca de 0,6% da amostra valor muito aquém do encontrado na literatura.(55)(56)(58) Esta situação também pode justificar-se pelos motivos acima referidos;
- o lipoma também com prevalência de 0,6%, valor relativamente próximo do encontrado por *Silva e col.* em 2017;
- o eritema multiforme presente em 0,6% da amostra estudada, apenas 1 caso, tal como aconteceu com *Corrêa e col.* em 2006;
- a epúlide granulomatosa que também só surgiu em 1 caso, 0,6%, semelhante ao descrito no estudo de *Cueto e col.* de 2012.

Por fim, surgiram ainda 2 casos de quisto residual, 1,1%, 2 casos de quisto dentígero, 1,1%, 1 caso de quisto queratinocítico, 0,6%, 1 caso de síndrome de hamatromas múltiplos, 0,6%, e 2 casos de lesões não especificadas, uma delas refere-se apenas que é vascular. Por serem situações que não foram reportadas em nenhum dos outros estudos não é possível efetuar comparações.

As limitações deste estudo são: uma amostra demasiado pequena e muito diversificada que não permitiu estabelecer diferenças estatisticamente significativas para a maioria das patologias. O facto de na clínica pré-graduada da FMDUL não haver consulta exclusivamente de medicina oral e os processos serem na maioria físicos tornando mais difícil a sua consulta. A grande maioria dos estudos de patologia oral em população geriátrica limitam-se a estudar alterações da mucosa oral e situações de lesões biopsadas ficando uma lacuna no que diz respeito, por exemplo, às lesões neurológicas e com tratamento médico.

## VI. CONCLUSÃO

Este estudo abrange uma seleção de 181 casos de medicina e patologia oral que surgiram ao longo de um período de cerca de 6 anos e um semestre em pacientes geriátricos.

A população em estudo foi maioritariamente do género feminino e mais de 90% era polimedicada. Apenas aproximadamente 5% dos pacientes eram fumadores.

Foi possível verificar neste estudo que, para a população estudada as condições mais prevalentes foram a hiperplasia fibrosa focal, o BMS, o LPO e a hiperqueratose friccional. Quanto ao género só foi possível estabelecer uma relação estatisticamente significativa no caso do BMS que se mostrou mais prevalente no género feminino embora, no caso do LPO os valores também se tenham aproximado da significância para o mesmo género.

O tratamento mais comum para as patologias mais prevalentes foi a excisão no caso da hiperplasia fibrosa focal, o controlo no caso da hiperqueratose friccional e tratamento médico para as situações de BMS e LPO.

Trata-se de um estudo pioneiro nesta matéria uma vez que reporta todo o tipo de patologias orais e não só lesões biopsadas ou da mucosa oral.

Sendo que se trata de uma população em crescente aumento e dada a escassez de informação acerca da relação da idade com a maioria das patologias orais esta dissertação é um importante contributo para a área da Medicina Dentária. A sua análise permite que se compreenda não só a relevância do tema como a necessidade de mais estudos epidemiológicos focados nesta faixa etária e que integrem todos os tipos de patologias orais, inclusive as do foro neurológico e aquelas em que o tratamento é exclusivamente médico.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly. In: Technical Report Series 706. 1984.
2. Harris NO, García-Godoy F, Nathe CN. Primary preventive dentistry. 2009. xxii, 530 p.
3. Park K. Park's Textbook of Preventive and Social Medicine. Parks Textbook of Preventive and Social medicine. 2017. p. 803–19.
4. Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. Lancet [Internet]. 2012;380(9859):2144–62. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61690-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61690-0)
5. Batchelor P. The changing epidemiology of oral diseases in the elderly, their growing importance for care and how they can be managed. Age Ageing. 2015;44(6):1064–70.
6. Dolan TA, Atchison K, Huynh TN. Access to dental care among older adults in the United States. J Dent Educ [Internet]. 2005;69(9):961–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16141082>
7. Chalmers JM, Ettinger RL. Public Health Issues in Geriatric Dentistry in the United States. Dent Clin North Am. 2008;52(2):423–46.
8. Branco MJ, Nogueira PJ DP. Uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI. 2001.
9. Nam Y, Kim NH, Kho HS. Geriatric oral and maxillofacial dysfunctions in the context of geriatric syndrome. Oral Dis. 2018;24(3):317–24.
10. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. Ageing Res Rev [Internet]. 2011;10(4):430–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>
11. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. Am J Geriatr Pharmacother. 2007;5(4):345–51.
12. Article R. P Abdul Razak and al, 2014. Geriatric Oral Health A Review Article.pdf. 2014;6(August):110–6.
13. Shet RGK, Shetty SR, Kalavath M, Naveen Kumar M, Yadav RD, Soumya S. A study to evaluate the frequency and association of various mucosal conditions among geriatric patients. J Contemp Dent Pract. 2013;14(5):904–10.
14. Center for Scientific Information ASI. Aging and dental health (Geriatrics). Am Dent Assoc [Internet]. 2018;1. Available from: <http://www.ada.org/en/member-center/oral-health->

topics/medicaid-and-medicare

15. Vissink A, Spijkervet FKL, Amerongen AVN. Aging and saliva : A review of the literature Parotid gland Submandibular gland. *SCD Spec Care Dent.* 1996;16(3):95–103.
16. Lynge Pedersen AM, Nauntofte B, Smidt D, Torpet LA. Oral mucosal lesions in older people: Relation to salivary secretion, systemic diseases and medications. *Oral Dis.* 2015;21(6):721–9.
17. Singh ML, Papas A. Oral implications of polypharmacy in the elderly. *Dent Clin North Am* [Internet]. 2014;58(4):783–96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2014.07.004>
18. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dent.* 2008;28(6):224–36.
19. Kragelund C, Reibel J, Hietanen J, Hadler-Olsen E, Johannessen AC, Kenrad B, et al. Scandinavian Fellowship for Oral Pathology and Oral Medicine: Guidelines for oral pathology and oral medicine in the dental curriculum. *Eur J Dent Educ.* 2012;16(4):246–53.
20. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Dis* [Internet]. 2002;8(4):218–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12206403>
21. Hopcraft MS. Dental demographics and metrics of oral diseases in the ageing Australian population. *Aust Dent J.* 2015;60(S1):2–13.
22. Cebeci ARI, Gülşahi A, Kamburoğlu K, Orhan BK, Öztaş B. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions in an adult turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009;14(6).
23. Budimir V, Richter I, Andabak-Rogulj A, Vučićević-Boras V, Budimir J, Brailo V. Oral lichen planus - Retrospective study of 563 Croatian patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2014;19(3):1–6.
24. Ingafo M, Leao JC, Porter SR, Scully C. Oral lichen planus: A retrospective study of 690 British patients. *Oral Dis.* 2006;12(5):463–8.
25. Al-Hashimi I, Schifter M, Lockhart PB, Wray D, Brennan M, Migliorati CA, et al. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology.* 2007;103(SUPPL.):S25.e1-S25.e12.
26. Porter SR, Leao JC. Review article: Oral ulcers and its relevance to systemic disorders. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;21(4):295–306.
27. Opstelten W, Neven AK, Eekhof J. Treatment and prevention of herpes labialis. *Can Fam Physician.* 2008;54(12):1683–7.
28. Muadcheingka T, Tantivitayakul P. Distribution of *Candida albicans* and non-*albicans* *Candida* species in oral candidiasis patients: Correlation between cell surface hydrophobicity and biofilm forming activities. *Arch Oral Biol* [Internet]. 2015;60(6):894–901. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archoralbio.2015.03.002>
29. Chronic PE, Nodular H, Pseudomembranous PE, Lichen L. GUEST EDITORIAL A proposal

- forfile:///Users/alexandrafreitas/Desktop/Tese/da tese da inês/250.pdf reclassification of oral candidosis. *J Med Vet Mycol.* 1997;(2):111–2.
30. Budtz-Jørgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol Med.* 1981;10(2):65–80.
  31. Junior JJ, de Almeida OP, Bozzo L, Scully C, Graner E. Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1991;19(3):173–5.
  32. Brouns ER, Baart JA, Bloemena E, Karagozoglu H, van der Waal I. The relevance of uniform reporting in oral leukoplakia: Definition, certainty factor and staging based on experience with 275 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013;18(1).
  33. Esmeili T, Lozada-Nur F, Epstein J. Common benign oral soft tissue masses. *Dent Clin North Am.* 2005;49(1 SPEC.ISS.):223–40.
  34. Muravskiy A, Chebotarova L, Solonovich O. Оригінальна стаття = Original article. 2015;3154(2):63–9.
  35. Sundaram G, Ramakrishnan T, Parthasarathy H, Raja M, Raj S. disease : A cross - link of sorts ! 2018;21(4):113–8.
  36. Gilvetti C, Porter SR, Fedele S. Traumatic chemical oral ulceration: A case report and review of the literature. *Br Dent J* [Internet]. 2010;208(7):297–300. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2010.295>
  37. Neville BW, Damm D, Allen CM BJ. Oral Maxillofacial Pathology. 3rd ed. Saunders; SL, editor.
  38. Bakhtiari S, Sehatpour M, Mortazavi H, Bakhshi M. Orofacial manifestations of adverse drug reactions: A review study. *Clujul Med.* 2018;91(1):27–36.
  39. Yuan A, Woo S Bin. Adverse drug events in the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* [Internet]. 2015;119(1):35–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2014.09.009>
  40. Nasri-Heir C, Zagury JG, Thomas D, Ananthan S. Burning mouth syndrome: Current concepts. *J Indian Prosthodont Soc.* 2015;15(4):300–7.
  41. Maarbjerg S, Di Stefano G, Bendtsen L, Cruccu G. Trigeminal neuralgia - Diagnosis and treatment. *Cephalalgia.* 2017;37(7):648–57.
  42. Zakrzewska JM. Chronic/Persistent Idiopathic Facial Pain. *Neurosurg Clin N Am* [Internet]. 2016;27(3):345–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27325001>
  43. Reichart PA. Oral mucosal lesions in a. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000;28:390–8.
  44. Sayan A, Wijesinghe S, Paraneetharan S, Ilankovan V. Revisiting lip shave: a solution for disorders of the vermilion border. *Br J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2018;56(1):60–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.11.014>
  45. Ranganathan K, Kavitha L, Pathology M, Nadu T, Pathology M, Nadu T, et al. Sharma S,

- Satyanarayana L, Asthana S, Shivalingesh KK, Goutham BS, Ramachandra S. Oral cancer statistics in India on the basis of first report of 29 population-based cancer registries. *Journal of oral and maxillofacial pathology: JOMFP*. 2018 Jan;22(1):18. 2019;23(1):19–27.
46. van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncol* [Internet]. 2009;45(4–5):317–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.05.016>
  47. Banoczy J, Sugar L. Longitudinal studies in oral leukoplakias. *J Oral Pathol Med*. 2006;1(6):265–72.
  48. Dionne KR, Warnakulasuriya S, Zain RB, Cheong SC. Potentially malignant disorders of the oral cavity: Current practice and future directions in the clinic and laboratory. *Int J Cancer*. 2015;136(3):503–15.
  49. Corrêa PH, Caldeira Nunes LC, Rodrigues Johann ACB, Ferreira de Aguiar MC, Gomez RS, Mesquita RA. Prevalence of oral hemangioma, vascular malformation and varix in a Brazilian population. *Braz Oral Res*. 2007;21(1):40–5.
  50. Goel S, Gupta S, Singh A, Prakash A, Ghosh S, Narang P, et al. The current approach to the diagnosis of vascular anomalies of the head and neck: A pictorial essay. *Imaging Sci Dent*. 2015;45(2):123–31.
  51. Malaguarnera L, Cristaldi E, Malaguarnera M. The role of immunity in elderly cancer. *Crit Rev Oncol Hematol* [Internet]. 2010;74(1):40–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.critrevonc.2009.06.002>
  52. Funk GF, Karnell LH, Robinson RA, Zhen WK, Trask DK, Hoffman HT. Presentation, treatment, and outcome of oral cavity cancer: A national cancer data base report. *Head Neck*. 2002;24(2):165–80.
  53. DU BN LA. the Importance of Early Diagnosis and Treatment of Phenylketonuria. *Ann Intern Med* [Internet]. 1959;51(6):1427. Available from: <http://annals.org/article.aspx?articleid=677381>
  54. Cueto A, Martínez R, Niklander S, Deichler J, Barraza A, Esguep A. Prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population in the city of Valparaíso, Chile. *Gerodontology*. 2013;30(3):201–6.
  55. Rivera C, Droguett D, Arenas-Márquez MJ. Oral mucosal lesions in a Chilean elderly population: A retrospective study with a systematic review from thirteen countries. *J Clin Exp Dent*. 2017;9(2):e276–83.
  56. Mujica V, Rivera H, Carrero M. Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly venezuelan population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13(5):270–4.
  57. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people



- in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med*. 2003;32(10):571–5.
58. Patil S, Doni B, Maheshwari S. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions in a geriatric Indian Population. *Can Geriatr J*. 2015;18(1):11–4.
  59. Nallasivam KU, Sudha BR. Oral mucocele: Review of literature and a case report. *J Pharm Bioallied Sci*. 2015;7(6):S731–3.
  60. Mckenna G, Burke FM. Age-Related Oral Changes. *Dent Update*. 2017;37(8):519–23.
  61. Silva LP, Leite RB, Sobral APV, Arruda JA, Oliveira L V., Noronha MS, et al. Oral and Maxillofacial Lesions Diagnosed in Older People of a Brazilian Population: A Multicentric Study. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(7):1586–90.
  62. Yap T, McCullough M. Oral medicine and the ageing population. *Aust Dent J*. 2015;60(S1):44–53.
  63. Koopman JSHA, Dieleman JP, Huygen FJ, de Mos M, Martin CGM, Sturkenboom MCJM. Incidence of facial pain in the general population. *Pain* [Internet]. 2009;147(1–3):122–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2009.08.023>

## ANEXOS

Fotografias de algumas das lesões observadas clinicamente

**De origem auto-imune:**



Fig.1 Líquen Plano Oral

**De origem viral:**



Fig.2 Papiloma



Fig.3 Infecção por VHS

**De origem traumática:**

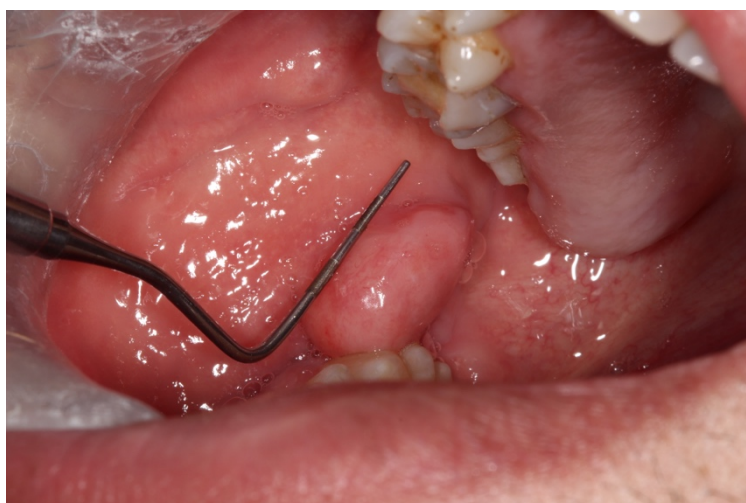


Fig.4 Hiperplasia Fibrosa Focal



Fig.5 Hemangioma Capilar Lobular



Fig.6 Mucocelo



**Lesões potencialmente malignas:**



Fig.7 Leucoplasia

**Neoplasias:**



Fig.8 Hemangioma



Fig.9 Carcinoma pavimento-celular

**Outras lesões:**



Fig. 10 Síndrome de Hamatromas-Múltiplos



Fig.11 Mácula Melanótica